



Сальмонеллез

Подготовили студентки группы 202фк, Тимуш Е. Р.,
Кряжева А.А.

Преподаватель Матвеева Л.М.

Оглавление

Сальмонеллез	2
История	3
Этиология	4
Эпидемиология	6
Патогенез	7
Классификация	9
Клиника	10
Осложнения	14
Диагностика	15
Госпитализация	16
Профилактика	17

Сальмонеллез

Это острое инфекционное заболевание животных и человека, вызываемое различными бактериями рода *Salmonella* передающаяся главным образом через зараженные пищевые продукты и характеризующаяся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта с развитием интоксикации.



История

В 1880 году немецкий ученый Гертнер впервые выделил из организма погибшего человека и из остатков мяса, которое употреблялось им в пищу, один и тот же микроб.

Так была установлена инфекционная природа пищевых отравлений, а группу болезнетворных микробов, вызывающих эту болезнь, назвали сальмонеллами. В честь одного из исследователей Д.Э. Салмона.

В 1934 году международная номенклатурная комиссия утвердила название рода *Salmonella* и предложила болезнь, вызванную этими бактериями назвать сальмонеллезом.



Даниел Элмер
Салмон

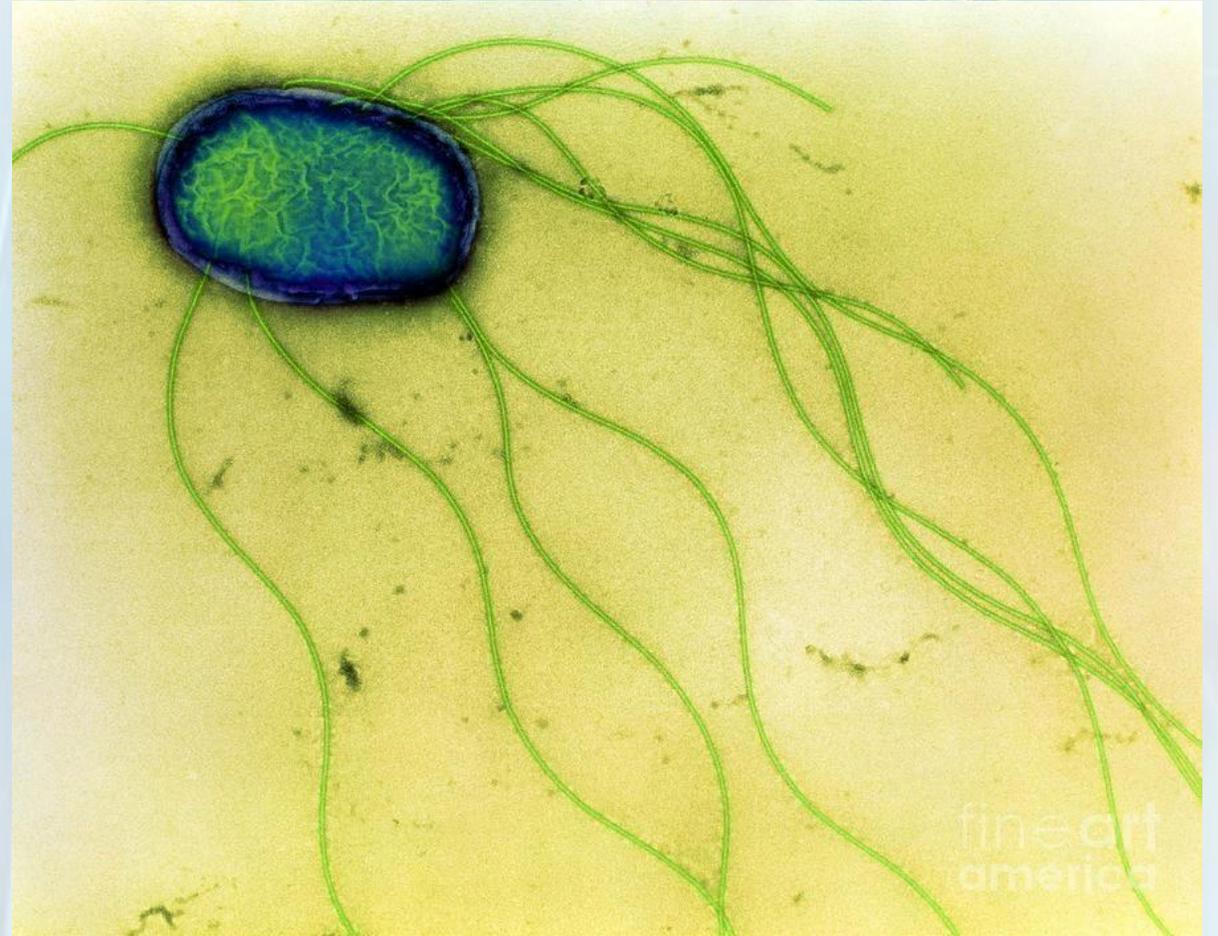
Этиология

Возбудитель- Salmonella, относится к сальмонеллам, различают несколько десятков серологических групп.

На сегодняшний день чаще всего высеивают от пациентов S.Enteritidis(сальмонелла энтеритидис).

Свойства возбудителя.

- не образуют спор;
- подвижны;
- имеют жгутики;
- имеют 2 антигена(О-антиген-соматический и Н-антиген-жгутиковый);
- выделяют эндотоксин.



Очень устойчивы во внешней среде:

- в комнатной пыли - 2 месяца;
 - в воде - 4 месяца;
 - в замороженном мясе - более года.
- Способны не только сохраняться, но и размножаться:

- в мясе и колбасных изделиях живут до 130 дней,
- в яйцах - до 13 месяцев,
- в фекалиях животных - до 4 лет.

Продукты пораженные сальмонеллой не изменяют вкусовых качеств. При охлаждении сохраняются, при нагревании и кипячении погибают(при 100гр С – мгновенно).

Чувствительны к дезинфицирующим средствам и антибиотикам.



Эпидемиология

Источники: сельскохозяйственные животные (крупный и мелкий рогатый скот) и птицы, реже люди (больной человек или бактериовыделители).

Одной из эпидемиологических особенностей сегодня – тенденция к росту заболеваемости в мире. Это связано с интенсификацией животноводства, реализацией пищевых продуктов (импорт-экспорт), миграцией.



Механизм передачи – фекально-оральный.

Пути передачи инфекции – пищевой, контактно-бытовой.

При употреблении зараженных продуктов (мясо, молоко), при обсеменении «здоровых» продуктов грязным оборудованием или инфицированными продуктами, грязные руки.



Восприимчивость – любой возраст. Особенно опасна инфекция для детей до 1 года, пожилых людей и пациентов со сниженным иммунитетом.



Входные ворота – слизистые оболочки ЖКТ.
Сезонность – лето – осень.

Патогенез

Сальмонелла если проходит желудок, попадает в кишечник и внедряется в ткани 12-перстной кишки и тонкой кишки. Другие сальмонеллы выводятся с фекалиями.

В стенке кишки сальмонелла размножается, проникает в брыжеечные лимфоузлы и с током крови разносится в различные органы, вызывая формирование септических очагов и развитие генерализованных форм.

При гибели и распаде сальмонеллы образуется большое количество эндотоксина, который всасывается в кровь и оказывает местное воздействие на слизистую оболочку кишечника.

В результате изменения проницаемости мембран в просвет кишечника поступает большое количество воды и солей, что приводит к нарушению водно-электролитного баланса.

Кал может становится жидким, водянистым, развивается обильный понос.



Большая потеря жидкости приводит к обезвоживанию, уменьшению объема циркулирующей крови, снижению АД, что приводит к спазму периферических сосудов и гипоксии.

Потеря организмом ионов калия приводит к развитию мышечных судорог, а недостаток воды снижению тургора кожи, появлению чувства жажды, сухости во рту.

Токсины сальмонеллы вызывают спазм гладкой мускулатуры кишечника и у больных появляется схваткообразные боли в животе.

Кроме того всасываясь в кровь токсины вызывают развития интоксикации в виде озноба, повышения температуры, рвоты, боли в мышцах и суставах.

Резко выраженное обезвоживание интоксикацию могут привести к тяжелым осложнениям в виде инфекционно-токсического шока, гиповолемического шока.



КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Гастроинтестинальная форма (Локализованная)	Гастритический вариант-поражение желудка(редко)
	Гастроэнтерический вариант-поражение желудка и тонкого кишечника (часто)
	Гастроэнтероколетический вариант-поражение желудка, тонкого и толстого кишечника(40-50%)
II. Генерализованная форма- возбудитель проникает в кровь, оседает в различных органах и тканях.	Тифоподобный вариант-напоминает брюшной тиф(редко)
	Септический вариант(очень редко)
III. Бактериовыделение	Острое
	Хроническое
	Транзиторное
По тяжести течения	Легкая
	Средней тяжести
	Тяжелая



Клиническая картина

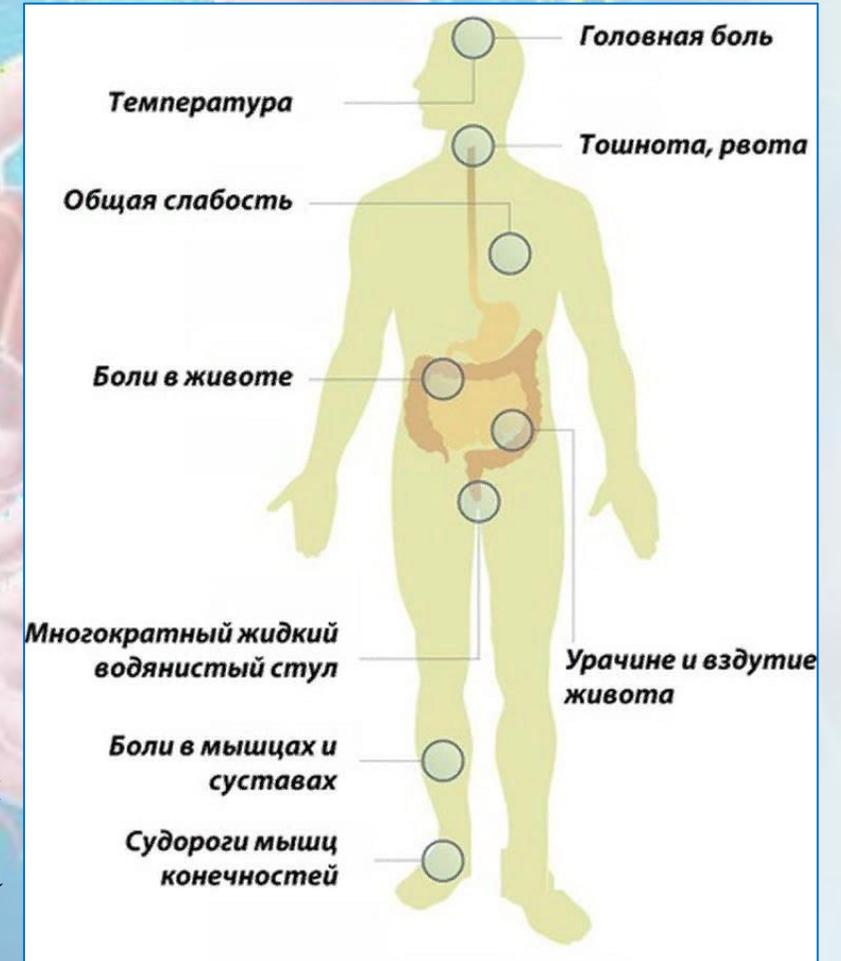
Инкубационный период от 2- 6 часов до 24 часов может увеличиваться до 2 суток.

1. Гастроинтестинальная форма (локализованная форма).

Начало острое, синдром интоксикации выражен:

- слабость,
- головная боль,
- гиперемия
- температура до 39° С

Характерные для сальмонеллеза симптомы проявляются к концу 1 начало 2-3 суток от начала болезни. В период разгара урчание и схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, уменьшение мочи. Стул жидкий, пенистый, зловонный, с зеленым оттенком, с примесью слизи, до 10-13 раз в сутки. Нормализации кала наступает на 1-ой неделе забоевания, повышенная температура тела держатся до 4 дней.



2. Гастритические вариант- встречается редко .

Начинается с признаком гастрита:

- сообразно боль и урчание в эпигастрии
- тошнота многократная рвота приносящая кратковременное облегчение
- стул не изменен.

Течение кратковременное и нетяжелое.

3. Гастроэнтерический вариант.

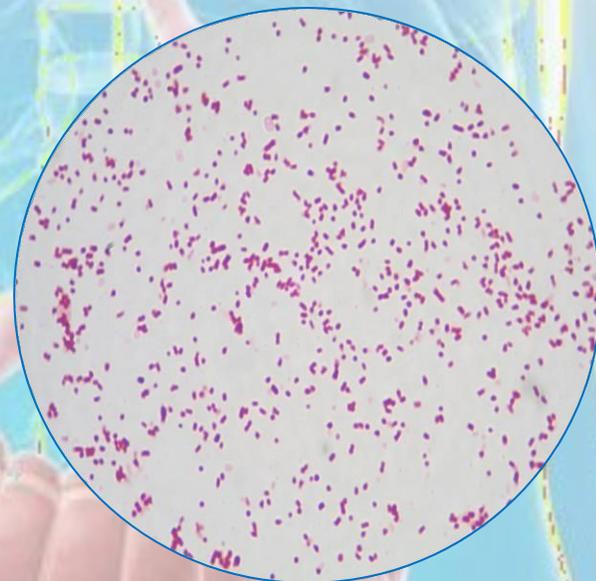
Самый типичный для сальмонеллеза, одновременное появление признаков интоксикации и поражения же карты, повышении температуры, сопровождается ознобом, ломотой в теле, головной болью, одновременное появление схваткообразные боли в эпигастрии и околопупочной области, тошнота, многократная рвота, жидкий стул.

Стул как правило водянистый, обильный с резким запахом, зеленоватой окраски - цвет болотной тины, не содержит слизи и крови. Частота стула 15-20 раз и выше.

Кожные покровы бледные, при тяжелом течении акроцианоз.

Со стороны ССС - тахикардия, пониженное артериальное давление (гипотония), приглушенность сердечных тонов.

При развитии выраженных обезвоживают отмечается уменьшение суточного объема мочи, судороги в мышцах верхних и нижних конечностей.



4. Гастроэнтероколитический вариант.

Боль в животе, смещается в нижний отдел, при пальпации спазм и болезненность толстого кишечника, Стул скудный, со слизью и кровью, присоединяются ложные позывы.

Длительность локализованный формы небольшая:

- лихорадка держится 2 - 4 дня;
- стул нормализуется с 3 - 7 дня болезни ;
- еще раньше прекращается тошнота и рвота, но пациент восстанавливается только через 2 месяца после заболевания.

5. **Генерализованная форма** - наиболее тяжелых форм сальмонеллеза. Характеризуется развитием сепсиса и формированием местных симпатических очагов в различных органах. Встречается редко, чаще у детей и лиц пожилого возраста, и свидетельствует о наличии иммунодефицита. В начале заболевания протекают как локализованная форма, но через 5-7 дней самочувствие больного не улучшается, появляются признаки интоксикации, а понос уменьшается или прекращается.

6. Тифоподобный

~~Варикан~~ Продолжительная температура кажется 10-14 дней, отмечается вялость, бессонница, головная боль, бледность, брадикардия, гепатоспленомегалия, кожи живота единичная розеолезная сыпь.

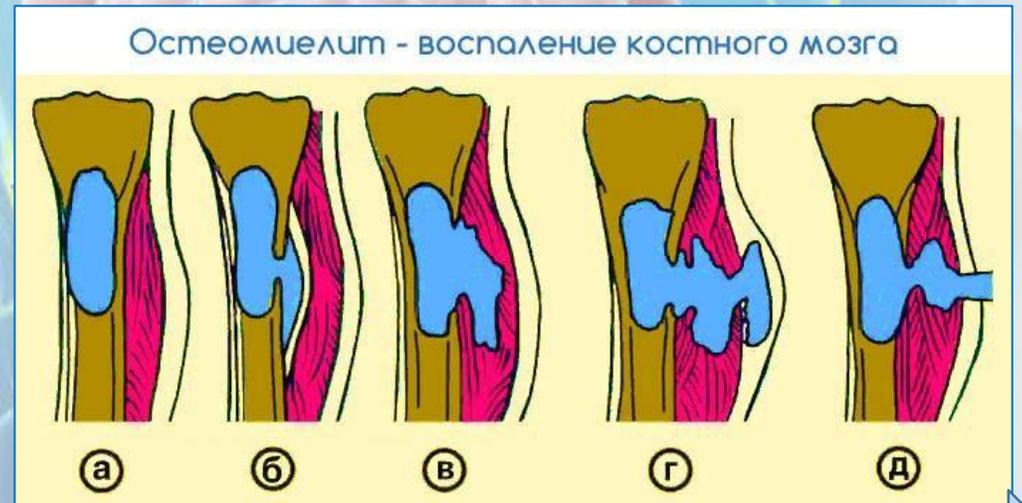
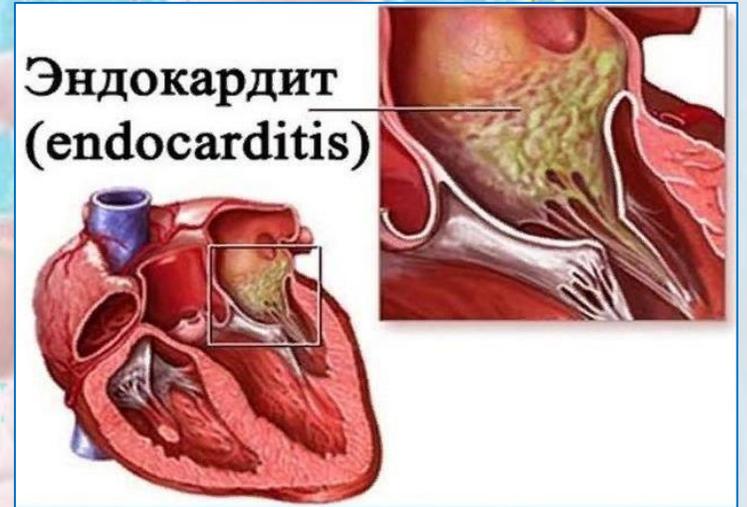
7. Септические вариант.

У больного появляется упорные головные боли, мышечные боли, гектическая лихорадка, потливость, тахикардия, кожные покровы бледные с землянистым оттенком, возможны геморрагические высыпания, увеличение печени и селезенки, формированием гнойных очагов инфекции (пневмония, остеомиелит).

8 **Бактериовыделение.** Острые до 3 месяцев, хроническая- более 3 месяцев, при котором отсутствуют клинические симптомы заболевания. При транзитном - 1-2 кратная выделения в течении 3 месяцев.

Осложнения

- инфекционно-токсический шок,
- дегидратационный шок,
- острая сердечная недостаточность,
- артрит,
- остеомиелит,
- эндокардит,
- абсцесс мозга,
- менингит.



Диагностика

На основании клинической картины - острое начало, боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул.

Эпиданамнеза- употребление в пищу недоброкачественных продуктов.

Лабораторных методов исследования :

1 Бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка, испражнений, а при генерализованной форме - мочу, гной, ~~материал~~ в стерильную посуду и как можно раньше отправляется в лабораторию, не позднее 12 часов от сборки, до момента отправки хранится в холодильнике.

2 Серологическое исследование: РНГА, ИФА не раньше 5 - 7 дня болезни.



Госпитализация

Госпитализации подлежат:
-больные с тяжелым и
среднетяжелым течением;

- дети раннего возраста;

-лица пожилого возраста;

-лица, проживающие в общежитии.
Остальные лечатся амбулаторно(на
дому).



Профилактика

- Соблюдение технологии приготовления пищи;
- Соблюдение условий реализации хранения

пищи;

- Использование сырья с

документами, подтверждающими его качество;

- Соблюдение правил личной гигиены;

- Обследование работников

промышленности и детских учреждений;

- Санпросвет работа с населением.



пищевой



**Спасибо за
внимание!**

